



Rücksende-Formular

An: **one-provide ag**
C/O MEDISYN SA
Sternmatt 6
6010 Kriens
Tel. 058 400 16 16

Von:

Praxisstempel:

Kundennummer:

Technik

Lager

z. Hd. von _____

Kühlware

Datum: Kontaktperson _____

Praxis: _____

Bestätigung

Ich bestätige, dass die retournierte Ware seit der Lieferung vorschriftsgemäss gelagert wurde und meinen Verantwortungsbereich nicht verlassen hat.

Rücksendungsart

Grund der Rücksendung

Per Kurier

Falsche Lieferung

Falsche Bestellung

Defekte Lieferung

Per Post

Chargenrückruf

Alles zur Entsorgung

Gemäss Vereinbarung mit: _____

Zurückgesendete Ware / Geräte

Menge	Produktebezeichnung	Lieferschein-Nr.	Lieferdatum

Bemerkungen

Telefonische Rücksprache erwünscht
